

Laboratory Centre for Disease Control

Search | Bureaux | Guidelines | Links | New | Programs | Publications | Français
 [Reproductive Health Division]



Induced Abortion

Over the past three years, the Bureau of Reproductive and Child Health at Health Canada's Laboratory Centre for Disease Control has been working on establishing the Canadian Perinatal Surveillance System (CPSS). The development of the CPSS is guided by a Steering Committee comprising expert representatives of health professional organizations, consumer and advocacy groups and the provincial and territorial governments, as well as Canadian and international specialists in perinatal health and epidemiology. The CPSS is part of Health Canada's efforts to strengthen Canada's national health surveillance capacity.

There are three main components to the CPSS: collection of data related to perinatal health, analysis and interpretation of these data, and response. The aim is to collect data on all recognized pregnancies, regardless of their outcome: abortion, ectopic pregnancy, stillbirth or live birth. If the pregnancy results in a live birth, information on the infant's health during the first year of life will also be collected.

The response component of the CPSS includes the development and dissemination of fact sheets about perinatal health. The objective of these fact sheets is to distribute perinatal health information to a broad audience of interested professionals and lay persons. Members of the CPSS Steering Committee review all CPSS fact sheets.

Introduction to Abortion

In 1969, a law was passed to regulate abortion under the Criminal Code. This law permitted a qualified medical practitioner to perform an abortion, if prior approval was obtained by a Therapeutic Abortion Committee. A 1988 Supreme Court of Canada decision found this process unconstitutional. The 1969 law was rendered unenforceable and abortion was effectively decriminalized.

As of March 1998, a woman may obtain an abortion in all provinces and territories in Canada, except Prince Edward Island. However, in most hospitals and clinics, the procedure is limited to a gestational age range that is specific to that facility. In British Columbia, Alberta, Ontario, Newfoundland and most facilities in Quebec, hospital fees or clinic fees are paid by the province. In the remaining provinces and territories, only abortions performed in hospitals are funded; abortion clinics require private payment.¹ An analysis of the impact of state-level restrictions on abortion in the United States (U.S.) indicates that abortion rates are unchanged by different funding policies.²

This fact sheet examines recent trends in Canadian abortion statistics and compares them with those of other countries belonging to the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD).

Unless referenced otherwise, all abortion statistics reported in this fact sheet are taken from the publication *Therapeutic Abortions*, 1995.³

100-03577/

Definitions of Key Terms

Abortion – “Abortion is the termination of pregnancy by any means before the fetus is sufficiently developed to survive.”⁴ In this paper, abortion refers to any abortion otherwise described as *induced* or *therapeutic*. Spontaneous abortions (miscarriages) are not included.

Abortion rates – The number of abortions per year, per 1000 females aged 15-44.

Abortion ratios – The number of abortions per year, per 100 live births.

Induced Abortion

Data on induced abortions obtained by females residing in Canada are gathered from Canadian hospitals and abortion clinics, and from voluntary reports from U.S. states. Data from all these sources are collated by the Canadian Institute for Health Information and transferred to Statistics Canada for analysis and publication. In 1995, Statistics Canada reported that 106 658 abortions were obtained by Canadian females. Of these, 459 (0.4%) were performed in the U.S. That year, there were also 378 011 live births and 2353 stillbirths;⁵ making abortions approximately 22% of reported pregnancy outcomes.*

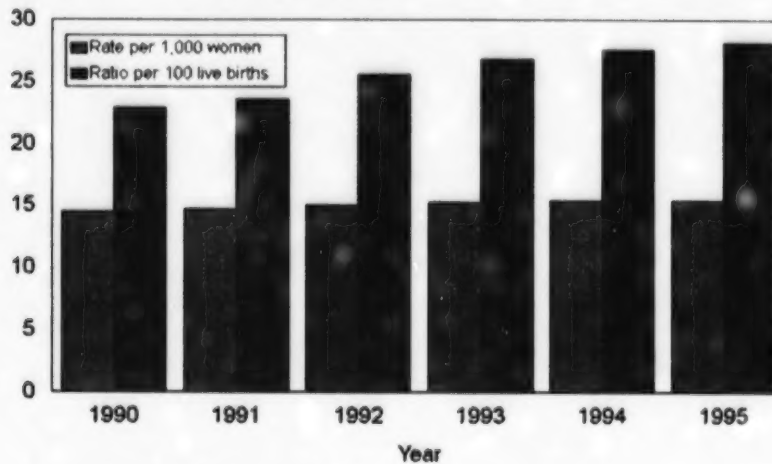
Temporal trends in induced abortion rates and ratios show increases (Figure 1). Between 1990 and 1995, the abortion rate increased from 14.6 to 15.5. The 1995 rate corresponds to one induced abortion in every 65 women 15 to 44 years old. The abortion ratio also increased between 1990 and 1995, from 22.9 to 28.2. The 1995 ratio corresponds to one abortion for every 3-4 live births. The increase in the abortion ratio is partly attributable to a decrease in the number of live births over time. Abortions are primarily performed in hospitals, but the proportion performed in clinics is increasing. In 1990, 22% of reported abortions were performed in clinics. By 1995, this proportion had risen to 34%. All clinic abortions and almost all hospital abortions (94%) are performed on an outpatient basis, with no overnight stay.

The following demographic and medical characteristics of women obtaining abortions are based on a subset of abortion records which contained more detailed information. Twenty percent of abortions, in 1995, were obtained by females less than 20 years of age; 52% by women 20-29; 26% by women 30-39 and all others by women 40 years and older. Over half (54%) of women who obtained an abortion had had a previous delivery; a third of these women had had a previous abortion.

There were no abortion-related deaths in 1995 and the rate of complications was 1.1%. This is probably attributable to the fact that most abortions are performed early and to the use of less invasive abortion procedures. Over eighty percent of abortions, in 1995, were performed during the first trimester, before 13 weeks of gestation; and almost all abortions (97%) were performed using the less invasive procedure of dilatation and suction curettage. It should be noted that most congenital anomalies are detected by ultrasound and/or genetic testing after 13 weeks of gestation. With the introduction of medically/pharmaceutically induced abortions, it is likely that abortion procedures will become even less invasive. Approximately 1500 medical abortions were performed in Canada in 1996.⁶

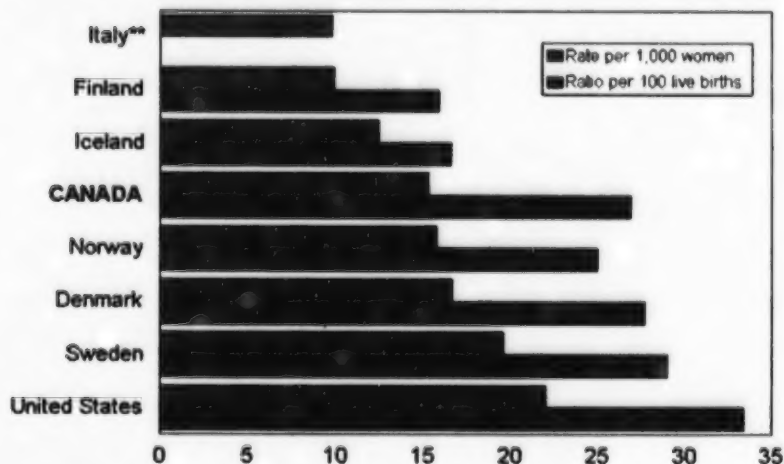
Canada's abortion rates and ratios are similar to those observed in the Nordic countries. In 1993 (the last year for which data are available for all these countries), Canadian rates were lower than those observed in the U.S. and higher than those observed in Italy, Finland and Iceland (Figure 2).

**Figure 1. Abortion Rates and Ratios
Canada, 1990-1995**



Source: Statistics Canada, *Therapeutic Abortions*, 1995.

**Figure 2. Abortion Rates and Ratios
Selected Countries, 1993***



*1993 is the last year for which abortion figures are available for all these countries.

**Italy's 1993 abortion ratio was not available.

Sources: See references 7-9.

Data Limitations

The difference between the proportion of abortions obtained by females in different age groups should be interpreted with caution, as females in age groups with higher proportions may also have higher fertility rates. Although an approximation of all pregnancies in a certain age range may be gained from the addition of reported live births, stillbirths, ectopic pregnancies, spontaneous abortions (miscarriages) and induced abortions, it is difficult to determine accurate fertility rates, as spontaneous abortions may go unnoticed and/or unreported. Furthermore, fertility rates are usually reported for women aged 15-44, but women younger than 15 and women over the age of 44 also have abortions.

An additional data limitation is the lack of reporting of some abortions. This stems primarily from three sources: abortions provided in physicians' offices that have not been designated as abortion facilities,¹⁰ medically/pharmaceutically induced abortions and abortions provided to Canadian women in the U.S.³

As stated previously, detailed analyses of demo-graphic and medical characteristics of women who have induced abortions or analysis of clinical practices relating to induced abortions could only be carried out using a subset of records. This subset consisted of clinic records from Ontario and Alberta and 76% of hospital abortion records. Routinely available abortion data contain no information about rural versus urban differences nor any details about the reasons why Canadian women have abortions. The percentage of pregnancies terminated following prenatal detection of congenital anomalies is thus unknown.

Summary

Reported Canadian induced abortion rates and ratios increased between 1990 and 1995. The majority of these abortions were performed in hospitals; however, the proportion performed in clinics is increasing. The average woman obtaining an abortion in 1995 had had a previous delivery but had not had a previous abortion. The methods used to induce abortions are becoming less invasive due to increased use of dilatation and suction curettage and the introduction of medical/pharmaceutical abortions. Comparing abortion figures in selected OECD countries, Canada's figures are similar to those observed in the Nordic countries.

There are significant limitations in the quality and scope of induced abortion data currently available. The Canadian Perinatal Surveillance System intends to address some of these limitations by collecting and analyzing information concerning women who have induced abortions.

For Further Information

In the upcoming months, the CPSS will publish fact sheets on other aspects of perinatal health. For more information, or to be added to our mailing list, please contact:

The Reproductive Health Division
Bureau of Reproductive and Child Health
HPB Building, Tunney's Pasture, A.L. 0701D
Ottawa, Ontario K1A 0L2
Ph: (613) 941-2395
Fax: (613) 941-9927
E-mail: cpss@hc-sc.gc.ca
Internet: www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/brch/reprod.html

* These pregnancy outcomes do not include ectopic pregnancies and miscarriages. Also, the definition of stillbirth is not standardized across the country. The number of stillbirths reported here includes fetal deaths after 20 or more weeks of gestation and fetal deaths of unknown gestational period.

References

1. Childbirth by Choice Trust. *Abortion in Canada Today: The Situation Province-By-Province*. 1997.
2. Meier, K.J. et al. The impact of state-level restrictions on abortion. *Demography*, Aug. 1996, 33(3): 307-12.
3. Statistics Canada. *Therapeutic Abortions, 1995*. Catalogue 82-219-XPB.
4. Cunningham, F.G., MacDonald, P.C. and Gant, N.F. *Williams Obstetrics*, 18th Edition, Connecticut: Appleton & Lange, 1989:489.
5. Statistics Canada. *Births and Deaths, 1995*. Catalogue 84-210-XPB.

6. Weibe, E. Abortion induced with methotrexate and misoprostol. *Canadian Medical Association Journal* 1996; 154(2): 165-70, 185-7.
7. Abortion surveillance: preliminary data United States, 1994. *MMWR Surveillance Reports* 1992; 45(50, 51): 1123-1127.
8. Nordic Medico-Statistical Committee, Health Statistics in the Nordic Countries 1993, 44: 1995.
9. Bettarini, S.S. and D'Andrea, S.S. Induced abortions in Italy: levels, trends and characteristics. *Family Planning Perspective* 1996; 28(6): 267-71,277.
10. Wyatt, L. et al. Office abortion services for women: private physician providers. *Women's Health* 1995; 23(2): 47-65.

This fact sheet was prepared by Konia Trouton and Susie Dzakpasu.

[\[Top of the Page\]](#) [\[Reproductive Health Division\]](#)

[\[LCDC\]](#) [\[HPB\]](#) [\[Contact\]](#) [\[Copyright/Disclaimer\]](#) [\[Français\]](#)

Last Modified: 1998-05-22



Avortement provoqué

Depuis trois ans, le Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant, au Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé Canada, travaille à mettre sur pied le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP). La création de ce système se fait sous la conduite d'un comité directeur formé de spécialistes représentant des organismes professionnels de la santé, des groupes de consommateurs et des groupes de défense, de représentants des gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi que de spécialistes canadiens et internationaux en santé périnatale et en épidémiologie. Le SCSP s'inscrit dans les efforts entrepris par Santé Canada pour renforcer sa capacité de surveillance de la santé nationale.

Le SCSP comporte trois volets : collecte de données en matière de santé périnatale, analyse et inter-prétation de ces données, et réponse. Le SCSP colligera des données sur toutes les grossesses, sans égard aux résultats : avortement, grossesse ectopique, bébé mort-né ou vivant. Advenant une naissance vivante, les données à propos de la santé de l'enfant pendant sa première année de vie seront également colligées.

Le volet réponse du SCSP comprend la production et la diffusion de fiches d'information sur la santé périnatale. Ces fiches ont pour objectif de communiquer des renseignements au sujet de la santé périnatale à un vaste public de professionnels et de profanes intéressés. Il appartient aux membres du comité directeur du SCSP d'en examiner le contenu.

Introduction à l'avortement

En 1969, une loi était adoptée pour réglementer l'avortement en vertu du Code criminel. Cette loi autorisait un médecin compétent à pratiquer un avortement s'il avait obtenu l'approbation préalable d'un comité d'avortement thérapeutique. Dans une décision rendue en 1988, la Cour suprême du Canada déclarait ce processus inconstitutionnel. La loi de 1969 devenait alors inapplicable, et l'avortement a été décriminalisé.

Depuis mars 1998, une femme peut obtenir un avortement dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada, sauf à l'Île-du-Prince-Édouard. Toutefois, dans la plupart des hôpitaux et des cliniques, l'intervention est limitée à un intervalle d'âges gestationnels propre à l'établissement. En Colombie-Britannique, en Alberta, en Ontario, à Terre-Neuve et dans la plupart des établissements du Québec, les frais d'hôpital ou de clinique sont pris en charge par la province. Dans les autres provinces et territoires, seuls les avortements pratiqués dans les hôpitaux sont payés; les cliniques d'avortement exigent un paiement de source privée¹. Une analyse de l'effet des restrictions à l'avortement dans différents États américains indique que les taux d'avortement ne sont pas modifiés par des pratiques de financement différentes².

La présente fiche d'information porte sur les tendances récentes des statistiques relatives à l'avortement au Canada et les compare aux statistiques d'autres pays de l'Organisation

de coopération et de développement économiques (OCDE). À moins d'indications contraires, toutes les statistiques relatives à l'avortement rapportées ici sont tirées de la publication *Avortements thérapeutiques*, 1995³.

Définitions des termes clés

Avortement – Fin de la grossesse par n'importe quel moyen avant que le fœtus ne soit suffisamment développé pour survivre⁴. Le mot avortement renvoie ici à tout avortement autrement décrit comme *provoqué* ou *thérapeutique*. Sont exclus les avortements spontanés (fausses-couches).

Taux d'avortement – Nombre d'avortements par année pour 1 000 femmes de 15 à 44 ans.

Ratio d'avortement – Nombre d'avortements par année pour 100 naissances vivantes.

Avortement provoqué

Les renseignements au sujet des avortements provoqués subis par des femmes qui habitent au Canada sont tirés de rapports publiés par les hôpitaux et les cliniques d'avortement du pays, et de déclarations volontaires faites par plusieurs États américains. Les données en provenance de ces sources sont colligées par l'Institut canadien d'information sur la santé et transmises à Statistique Canada pour analyse et publication. En 1995, Statistique Canada signalait un total de 106 658 avortements subis par des femmes qui vivaient au Canada. Sur ce nombre, 459 (0,4 %) ont été pratiqués aux États-Unis. Pour cette même année, on dénombre aussi 378 011 naissances vivantes et 2 353 mortinaissances au Canada⁵, faisant ainsi de l'avortement le résultat de 22 % des grossesses*.

Les tendances temporelles des taux et des ratios d'avortement provoqué sont en hausse (*Figure 1*). Entre 1990 et 1995, le taux d'avortement est passé de 14,6 à 15,5. Le taux de 1995 correspond à un avortement provoqué pour 65 femmes de 15 à 44 ans. Le ratio d'avortement a également augmenté entre 1990 et 1995, passant de 22,9 à 28,2. Le ratio de 1995 représente un avortement pour toutes les trois ou quatre naissances vivantes. Une telle augmentation du ratio d'avortement s'explique en partie par la diminution du nombre des naissances vivantes pendant cette période.

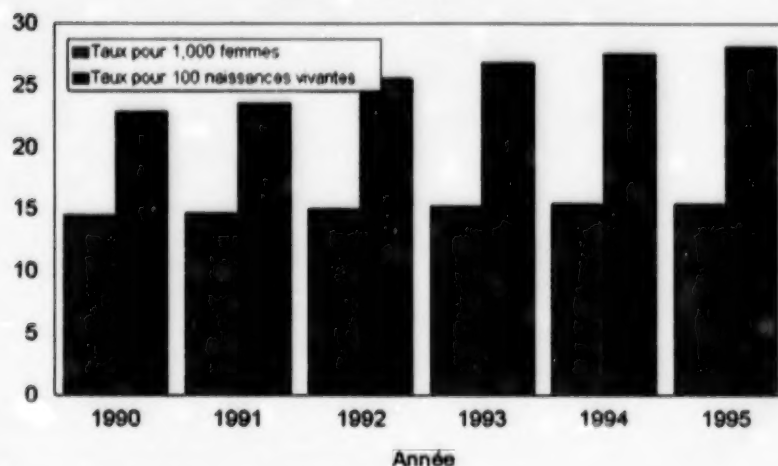
Les avortements sont pour la plupart pratiqués dans les hôpitaux, mais la proportion de ceux qui le sont dans des cliniques augmente. En 1990, 22 % des avortements signalés ont été pratiqués dans des cliniques. En 1995, cette proportion avait atteint 34 %. Tous les avortements pratiqués dans les cliniques et la plupart (94 %) des avortements pratiqués dans les hôpitaux le sont à titre de service externe et ne comportent pas de séjour de nuit dans les institutions.

Suivent ici des caractéristiques démographiques et médicales des femmes qui ont obtenu un avortement. Ces caractéristiques sont fondées sur l'analyse d'un sous-ensemble de déclarations d'avortement qui étaient plus circonstanciées. Les avortements pratiqués en 1995 se répartissent ainsi entre les différents groupes d'âges : 20 % chez des femmes de moins de 20 ans, 52 % chez des femmes de 20 à 29 ans, 26 % chez des femmes de 30 à 39 ans, et les autres chez des femmes de 40 ans et plus. Plus de la moitié (54 %) des femmes qui se sont fait avorter avaient déjà donné naissance à un enfant, et le tiers d'entre elles avaient déjà subi un avortement.

Aucun décès consécutif à un avortement n'a été signalé en 1995, et le taux de complications a été de 1,1 %, ce qui s'explique sans doute du fait que les avortements ont été pratiqués au stade initial de la grossesse et qu'on a eu recours à des méthodes d'avortement moins invasives qu'auparavant. Plus de 80 % des avortements pratiqués en 1995 l'ont été au cours du premier trimestre de la grossesse, avant la treizième semaine de gestation; on a eu recours dans 97 % des cas à une méthode peu invasive, soit la dilatation et le curetage par aspiration. Il importe de noter que la plupart des anomalies congénitales sont décelées par échographie ou dépistage génétique après la treizième semaine de gestation. Avec l'introduction de moyens dits médicaux ou pharmaceutiques de provoquer l'avortement, il est à prévoir que les méthodes utilisées pour provoquer l'avortement seront de moins en moins invasives. Environ 1 500 de ces avortements médicaux ont été pratiqués en 1996⁶.

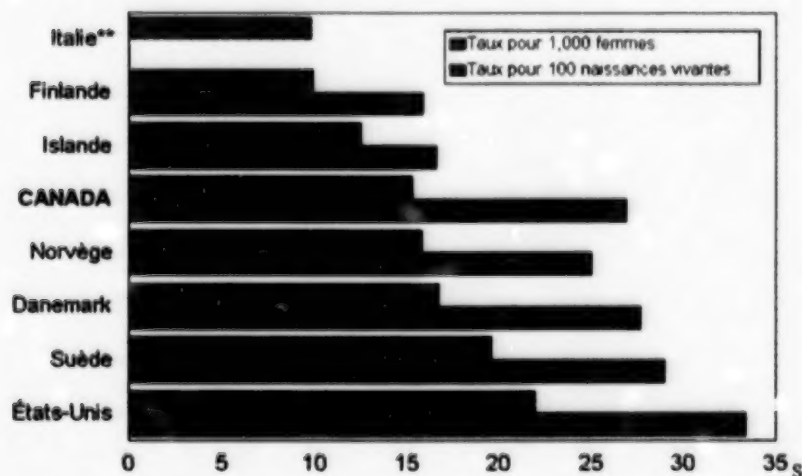
Les taux et les ratios d'avortement au Canada se comparent à ceux qui sont observés dans les pays nordiques. En 1993 (année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles pour ces pays), les chiffres au Canada étaient moins élevés qu'aux États-Unis, mais plus élevés qu'en Italie, en Finlande et en Islande (Figure 2).

Figure 1. Taux et ratios d'avortement
Canada, 1990-1995



Source : Statistique Canada, Avortements thérapeutiques, 1995.

Figure 2. Taux et ratios d'avortement
Pays choisis, 1993*



*1993 est la dernière année pour laquelle des chiffres au sujet de l'avortement sont disponibles pour tous ces pays.

**Le ratio d'avortement en Italie en 1993 n'était pas disponible.

Sources : Voir titres 7 à 9 des références à la fin du document.

Limites des données

Il faut interpréter avec prudence les écarts entre les taux d'avortement des différents groupes d'âges, car un groupe présentant un taux élevé peut aussi présenter un taux de

fertilité élevé. Bien qu'il soit possible d'obtenir une approximation de toutes les grossesses dans un groupe d'âges donné en additionnant les naissances vivantes, les mortinaissances, les grossesses ectopiques, les avortements spontanés (fausses-couches) et les avortements provoqués, il est difficile d'établir des taux de fécondité exacts, car les avortements spontanés peuvent passer inaperçus ou ne pas être rapportés. De plus, les taux de fertilité sont habituellement signalés pour les femmes de 15 à 44 ans, mais les femmes de moins de 15 ans et celles de plus de 44 ans ont aussi des avortements.

Une autre difficulté est la non-déclaration de certains types d'avortements, dont les suivants : les avortements pratiqués dans les cabinets de médecin qui ne sont pas reconnus comme des cliniques d'avortement IG, les avortements médicaux ou pharmaceutiques et les avortements subis par des Canadiennes aux États-Unis³.

Tel qu'il est indiqué précédemment, l'analyse détaillée des caractéristiques démographiques et médicales des femmes qui ont subi un avortement provoqué ou l'analyse des pratiques cliniques relatives à ce type d'avortement n'a été possible qu'à partir d'un sous-ensemble de cas déclarés. Ce sous-ensemble est constitué des dossiers des cliniques de l'Ontario et de l'Alberta et de 76 % des dossiers d'avortement dans les hôpitaux. De plus, les données couramment disponibles sur l'avortement n'indiquent pas les différences entre les secteurs urbains et les secteurs ruraux, ni les raisons précises pour lesquelles les Canadiennes ont recours à l'avortement. Par conséquent, le pourcentage de grossesses interrompues après la détection d'anomalies congénitales est inconnu.

Résumé

Les taux et les ratios d'avortement provoqué ont augmenté entre 1990 et 1995. Les avortements provoqués sont pour la majorité pratiqués dans des hôpitaux, mais la proportion de ceux qui le sont dans des cliniques augmente. La majorité des femmes qui ont obtenu un avortement en 1995 avaient déjà donné naissance à un enfant, mais en étaient à leur premier avortement. Les méthodes utilisées pour provoquer l'avortement deviennent moins invasives parce que l'on a davantage recours à la dilatation et au curetage par aspiration et, plus récemment, à des moyens dits médicaux ou pharmaceutiques. Par rapport à d'autres pays de l'OCDE, la situation au Canada se compare à celle des pays nordiques.

Enfin, la qualité et la portée des données sur l'avortement provoqué disponibles à l'heure actuelle laissent grandement à désirer. Le Système canadien de surveillance périnatale vise à combler certaines de ces lacunes par la collecte et l'analyse d'information au sujet des femmes qui ont un avortement provoqué.

Complément d'information

Au cours des prochains mois, le SCSP publiera des fiches d'information sur d'autres aspects de la santé périnatale. Pour obtenir plus de renseignements, ou pour figurer sur notre liste d'envois, s'adresser à :

Division de la santé génésique
Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant
Immeuble n° 7 de la DGPS, pré Tunney, L.P. 0701D
Ottawa (Ontario), K1A 0L2
Tél. : (613) 941-2395 Fax : (613) 941-9927
Courriel : cpss@hc-sc.gc.ca
Internet : www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/brch/reprodf.html

* Ces résultats ne comprennent pas les grossesses ectopiques et les fausses-couches. De plus, la définition de mortinaissance n'est pas uniforme dans tout le pays. Le nombre de mortinaissances rapportées ici comprend les morts fœtales survenues après 20 semaines ou plus de gestation et les morts fœtales survenues à un moment indéterminé de la gestation.

Références

1. Childbirth by Choice Trust. *Abortion in Canada Today: The Situation*

Province-by-Province, 1997.

2. Meier, K.J. et coll. «The impact of state-level restrictions on abortion», *Demography*, août 1996, 33(3), 307-312.
3. Statistique Canada. *Avortements thérapeutiques*, 1995, n° 82-219-XPB au catalogue.
4. Cunningham, F.G., P.C. MacDonald et N.F. Gant. *Williams Obstetrics*, 18^e édition, Connecticut, Appleton & Lange, 1989, 489.
5. Statistique Canada. *Naissances et décès*, 1995, n° 84-210-XPB au catalogue.
6. Weibe, E. «Abortion induced with methotrexate and misoprostol», *Canadian Medical Association Journal*, 1996, 154(2), 165-170, 185-187.
7. «Abortion surveillance: preliminary data United States, 1994», *MMWR Surveillance Reports*, 1997, 45(51-52), 1123-1127.
8. Nordic Medico-Statistical Committee. *Health Statistics in the Nordic Countries*, 1993, 44, 1995.
9. Bettarini, S.S. et S.S. D'Andrea. «Induced abortions in Italy: levels, trends and characteristics», *Family Planning Perspective*, 1996, 28(6), 267-271, 277.
10. Wyatt, L. et coll. «Office abortion services for women: private physician providers», *Women Health*, 1995, 23(2), 47-65.

La présente fiche d'information a été préparée par Konia Trouton et Susie Dzakpasu.

[\[Début de la page\]](#) [\[Division de la santé génésique\]](#)

[\[LLCM\]](#) [\[DGPS\]](#) [\[Contact\]](#) [\[Droits d'auteur/désistements\]](#) [\[English\]](#)

Dernière mise à jour : 1998-05-22